



Número: **0809412-41.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS (AUTOR)		JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37303499	01/12/2020 10:42	Petição	Petição
37303504	01/12/2020 10:42	2705356_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37303506	01/12/2020 10:42	2705356_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180377600**

Vítima: **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: **16/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180377600**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13250642

Pag. 00403/00404 - carta_01 - INVALIDEZ



00020202



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Nº Sinistro: 3180377600
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Data do Acidente: 16/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180377600**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00487/00488 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13260803





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 084.360.654-17	Nome completo da vítima YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS	CPF titular da conta 084.360.654-17	Profissão SOLDADO
Endereço RUA RITA CARNEIRO DINIZ	Número 417	Complemento
Bairro GISEL	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email	CEP 58.075-419	Telefone (DDD) (83) 99953.8652

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1033	D/V	BANCO Nome COMPREV PREVIDENCIA S/A	NRO.
CONTA NRO. 52609	D/V 0	AGÊNCIA NRO.	D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 15 de AGOSTO de 2018

Local e Data

+ YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01960.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01960.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 24 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Yuri Gabriel da Silva Santos**, CPF nº 084.360.654-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Adriana Costa da Silva e Israel Nogueira dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/03/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rita Carneiro Diniz, Nº 417, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Próx. Veleiros do Sul, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-4028.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Irani Almeida de Menezes, Na Principal do Antigo Casarão, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/04/17 20:06h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

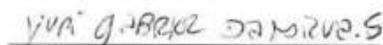
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR 160 BROS, PRETA, 2016/2017, PLACA QFV1626/PB, CHASSI 9C2KD1000HR005029, registrada em nome de ADRIANA COSTA DA SILVA, quando ao desviar de um buraco na via foi atingido no guidão esquerdo por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 11.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01960.01.2017.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS	CPF da Vítima 084.360.654-17	Data do Acidente 16.04.2017
---	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS	CPF do Representante legal 084.360.654-17
Email / / /	Telefone (DDD) (83) 99983.8652

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



JOÃO PESSOA, 15 de AGOSTO de 2018
Local e Data

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1668126, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 16/04/2017, na Rua Irani Almeida de Menezes, Bairro: Funcionários I - João Pessoa - aproximadamente às 20:06 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

SAMU 192 JP



Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000052609-0

Nr. da Autenticação 43A4EB24AAC72439



ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS
 RUA RITA CARNEIRO D'ÁZEV. 417 - GEBEL
 JOÃO PESSOA / PB CEP 56075-410 (AG 11)
 Emissão: 25/05/2018 Referência: Mai/2018
 Classe/Súbia: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFASICA
 Rotômetro: 15-2-208-2800 Nº medidor: 00001989189

ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS
 RUA RITA CARNEIRO D'ÁZEV. 417 - GEBEL
 JOÃO PESSOA / PB CEP 56075-410 (AG 11)
 ENERGISA PARANÁ - DISTRITO DE JOÃO PESSOA
 DISTRITO DE JOÃO PESSOA - JOÃO PESSOA - PB
 Nota Fiscal/ Carta de Energia ENE-CA-0007 197 878
 Cód. para 21h Automático: 001187298-3

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	25/05/2018	26/06/2018	2129854410 - Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1187298-3**

Canal de contato
 Banco indicativo Energia ON em qualquer smartphone ou tablet.
 Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade,
 informações sobre falta de energia e diversos outros serviços.
 Tudo sem precisar sair de casa. É conveniente e aproveita essas
 facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/04/18	18182	25/05/18	18204		222	30

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vlr. Base (R\$)	Alíq. (%)	Alíq. (R\$)	Base Calc. Pôr. (%)	Base Calc. Pôr. (R\$)	Parcela (R\$)	Parcela (R\$)	Parcela (R\$)	Parcela (R\$)
0801	Consumo em kWh		222,000	0,711560	157,92	187,92	17	42,88	187,92	0,97	4,61	
0801	Adic. B. Amênia				2,88	2,88	17	0,72	2,88	0,00	0,07	
0801	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0801	CONTR. SERV. LUM. PÚBLICA				7,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 15 Abr. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ADRIANA COSTA DA SILVA,
RG nº 21955J31, data de expedição 12/03/12 Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 055.913.647-13, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. RITA CARNEIRO DINIZ,
nº 417, complemento, GEISEL, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
cujo o condutor era YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS.

Veículo: HONDA / NXR 160 BMS
Ano: 2016
Modelo: 2017
Placa: QFV 1626/PP
Chassi: 9C2KDJ000HR005029
Data do acidente: 16.04.2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 15 DE AGOSTO DE 2018

X Adriana Costa da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>IVRE GARIBALDI DA SILVA JUNIOR</u>		Registro: <u>10000</u>	
Idade: <u>22</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>HTOP</u>
Enf: <u>17</u>		Leito: <u>05</u>	
Data de admissão: <u>16/04/17</u>		Data da alta: <u>25/04/17</u>	
Diagnóstico inicial: <u>FRATURA DIÁFISE FÊMUR (D)</u>			
Diagnóstico final: <u>'' PATELA (D)</u>			
Outros diagnósticos: <u></u>			
Principais exames: <u>RASTROGRAMA</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>MANEJO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO E DA FRATURA DA PATELA (D)</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>DZ. LUZ PATELA / DZ. STRIPPENOM</u>			
Anatomia patológica: <u></u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia: <u></u>			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>FRATURA GARGA - FLOCUS FAMILIAR E SEM SINTOMAS</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u></u>			
Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. <u>60</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u></u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u></u> dias e com maior em, <u></u> dias.			
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>PARACETOL 700MG</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em <u></u> para retirada de pontos. Ao ambulatório em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>25</u> de <u>4</u> de <u>17</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DR. ESTEVE...
DR. LUZ PATELA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DADOS DE NASCIMENTO 20/03/96

NOME DA MÃE ADRIANA COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 994.331

Nº PRONTUÁRIO 101.522

DATA DO ATENDIMENTO 16/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:25

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D + FRATURA DA PATELA D

CID 10 S 72.3 + S 82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), há cerca de 5hs, apresentando dor em membro inferior D e ferimento transfixante em lábio inferior. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa D - AP e P
RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D + fratura da patela D aos RX. Realizado internamento, sutura e tratamento cirúrgico das fraturas no 1º tempo pelo Dr. Heisemberg Almeida e no 2º tempo pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17

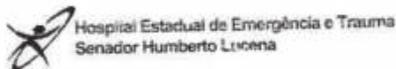
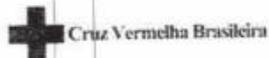
DATA DA EMISSÃO: 11/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 994331



Identificação do paciente			
ID 663400	Nome YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/03/1996	Idade 21 anos 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA	Pai ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS - PAI		
DDD Móvel 63	Fone Móvel 987424028	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3481215	Nº Cns 898001230846680	
Local de procedência ERNANI SATIRO	Tipo BAIRRO	UF PB	
Email NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58080040	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Coronel Antônio Correia Brasil
Número 28	Complemento	Bairro Ernani Sátiro	
Admissão			
Data e Hora 16/04/2017 21:25:47	Número da pulseira 1000005978532	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA	x mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos	<p><i>reconstituído pelo mt 17/04 TTED Deza NS/mt</i></p>		
Diagnóstico	<p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 15 AGO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>		
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Tempo 29seg		

Imprimir

16/04/2017 21:23



17/04/17 - 1:20
#BMP#

Paciente vítima de acidente motociclístico há
15h (sic) / longa história e desmor. No momento
em BEG, supnóico, normocorado, afebril ao togar.
Ao exame físico nota-se FCC transfixante em lábio
inferior, abertura bucal satisfatória, ausência de
distúrbio ocular e ausência de sinais superficiais
de fratura nos ossos do face.

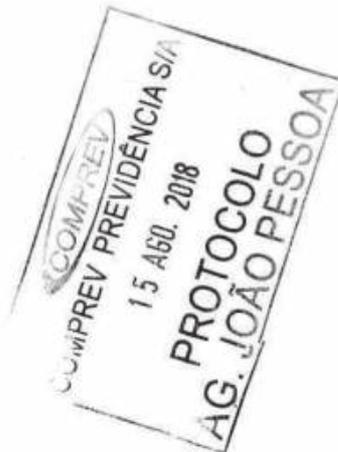
(O): 1 - Exame físico

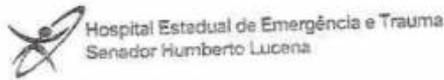
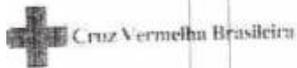
2 - Sutura de FCC transfixante em lábio inferior realizada
no Bloco Cirúrgico (Paciente em regime de internação em
procedimento pela Estupendo).

3 - Orientações

4 - Alta BMP / As cuidados dos demais especialistas.

Dr. Rui Medeiros, Mec
Cirurgia Bucal, Máxilo-Facial
Implantodontia
CRO/PE 2261-CRO/PB 5518





VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS		BAE 994331	Data/Hora Entrada 16/04/2017 21:25:47	Data Baixa
Data de nascimento 03/03/1996	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 898001230846680	Telefone de Contato (83) 987424028
Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA		Prontuário		
Endereço Coronel Antônio Correia Brasil, 28		Bairro Ernaní Sátiro	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FLAVIO PESSOA RIBEIRO		Nº Cons. Regional 6453/PB
Data/Hora Classificação 16/04/2017 21:25:47		Data/Hora Prescrição 16/04/2017 21:33:28		

Anamnese

P ÚLTIMA DE COLISÃO CARROXIMOTO. REFERE DOR EM MID. NEGA VOMITOS OU DESMAIOS, NEGA USO DE BEBIDAS ALCOOLICA OU
D USAS AO EXAME: ABD INOCENTE CD: ORTOPEdia

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Flávio P. Ribeiro
Urologia / Uro-Oncologia
Medicina Laparoscopia
R. ... 555

FLAVIO PESSOA RIBEIRO
(6453/PB)

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS





100005976532 BE: 994331
 TURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
 DT. NASC.: 20/03/1996
 MAE: ADRIANA COSTA DA SILVA

END.: Coronel Ant. nio Correia Brasil
 N. 29 - Ernani S. Iltre
 JOAO PESSOA
 FONE: ()
 CELULAR: (63) 987424028
 IDADE: 21
 DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

PROCEDÊNCIA: Domicílio Ambulância de resgate Ambulância SAMU Polícia

TIPO DE ACIDENTE: Moto Automóvel Ônibus Bicicleta Atropelamento
 Envenenamento Incêndio Explosão Arma de Fogo Arma branca Outros: _____

TIPO DE LESÃO: Fratura fechada Ferimento aberto Estufamento Laceração Queimadura
 Mordedura Objeto encravado Ferimento contínuo Amputação membro Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: Membros sup. Membros inf. Tronco Cabeça e pescoço Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas) _____

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: _____

EXAME FÍSICO PA: _____ mmHg P: _____ bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico: Consciente Inconsciente Orientado Desorientado
 Nível de Consciência: _____
 Avaliação das pupilas: Simetria: Isocóricas Anisocóricas Tamanho: Mídrise Miose

Sistema Respiratório: Ventilação invasiva Ventilação espontânea Vias aéreas pervias
 Traqueostomia Respiração rápida Obstrução parcial das vias aéreas
 Respiração ruidosa Suporte ventilatório não invasivo Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: Pulso ausente Pele fria e úmida Perfusão tissular satisfatória
 Taquicardia Bradicardia Perfusão tissular comprometida
 Palidez Outros: _____

Sistema Digestório: HDA Uso de SNG Vômitos Dor à palpação superficial
 HDB Corpo estranho Dor à palpação profunda
 Outros: Rigidez abdor Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: Diúria Hematúria Oligúria Poliúria SVD Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: Hipertensão Diabetes Câncer Alergias Cirurgias
 Internações Outros: _____ Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? Sim Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÊTANO? Sim Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
 16/04/17 Paciente deu entrada neste após vítima de acidente de moto no momento consciente e orientado, encaminhado ao CDA.

Dr. Erica Quintino
 Enfermeira
 COREV 12461548

COREM: _____ F(NG) ENF 022-1

DESTINO: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 15 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Intipua

16/04/17 23:46

Acidente visto
tram com o
Rx: fratura patela
fratura femur

CA: Ao Bico
PTTE

Roberta Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RM-PB 7118 - TEOT 13401



Cirurgia 37504

Liberado da cirurgia geral
aos cuidados do Soco e
ORTOPEDIA.

Porém se for necessário
reavaliaremos.


JOSÉ HELMAN PALITO
033.00.003430-0
CRM 3430





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Yuri Gabriel da Silva Santos BE/Prontuário: 994331
 Idade: 21 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/04/17
 Clínica/Setor: BMP EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Reconstrução de lábio inferior
 Cirurgião: Rui Medeiros 1º Assistente: Renato Santos
 2º Assistente: Bruno Araújo 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>ferimento transverso em lábio inferior</u>	<u>S01.5</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Reconstrução de lábio inferior</u>	

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.
 15 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Rui Medeiros, MSc
 Cirurgia Geral, Cirurgia Facial
 CRM: _____

João Pessoa, 17/04/17

F(ING)ASCIR 009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

88



Nome: Yuri Gabriel de Silva Santos BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/09/17
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Heinsenberg 1º Assistente: M.R. S. ENOAS
 2º Assistente: M.R. S. P. F. L. S. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura distal de Fêmur</u>	
<u>e Fratura Patelar D.</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Troca Transsecional de Fêmur D.</u>	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 15 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Pedro Henrique Diniz

João Pessoa, 16/09/17

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

200

88

0027581

NOME DO PACIENTE: Yuri Gabriel da Silva Santos

IDADE: 21 BE 994331 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIÃO: Prof. Heisenberg

CIRURGIÃO: Prof. Heisenberg

ANESTESIA: Raquia + local

ANESTESISTA: André Kamela

INSTRUMENTADOR:

DATA: 17/04/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 00:40 CIRURGIÃO INÍCIO: FIM: 02:20

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	50ml 500 ml	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	50,9% 500 ml	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	01	FIO DE NYLON Nº	5-0 01
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	01	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	01	FIO POLIGLACTINA Nº	4-0 01
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LÚVA DE PROCEDIMENTO PAR.	04	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LÚVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LÚVA ESTÉRIL Nº7,5	03	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LÚVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LÚVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	01	FIO DE KIRSCHNER Nº	4-5 1
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	01	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	01	FIO STEINMAN Nº	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	01	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	01	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	2g	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIROXA SÓDICA	2g	CERA PARA OSSO			
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05	PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	05	PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	01	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	05	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		() CAPNOGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		() CÁRDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() PLACAS INVASIVAS NÃO INVASIVAS	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	384856

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Coláucia Morgana

FING/ASCIR-071-2





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/04/17

PRONTUÁRIO: 994331

PACIENTE: YURI GABRIEL DA SILVA SAUTI SEXO: M COR: Branco IDADE: 21a

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 100bpm RESPIRAÇÃO: eufórica TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRURGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

estômago cheio

ESTADO MENTAL

LOTE

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE /HORA

II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE GATELA = FRATURA FÊMUR D

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO

Dr. HEISENBERG

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA

00:40

TÉRMINO DA ANESTESIA

1:20

DURAÇÃO DA ANESTESIA

40min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA

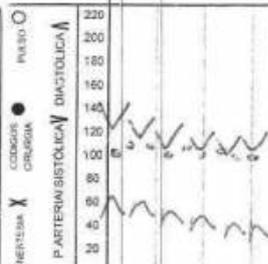
Dr. PÂMELA + Dr. CREY (R1)

CRM-PB

RESPOSTAS: 00:40 1:40
D
N: 200

TIPO DE CÍRCULO

Pt monitorado em sala cirúrgica por meio de monitor de pressão arterial. Aguardar possibilidade de transplante PLURPA
FC = 98bpm PA = 115 x 45 (S=12=95%)



INTENSIDADE

INTENSIDADE

NOTAÇÕES

NOTAÇÕES

ANESTESIA GERAL

RAQUIDIANA

EPIDURAL

BLOQ PLEXO

BLOQ NERVOS

OUTROS

USOS

Volume em ml

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE

1) MELOCINA 100mg 11

2) DILORF 100mg 12

SANGUE

3) LEVOPROMETAZOLINA 2mg 13

RINGER

500ml

4) DEXAMETASONA 10mg 14

TOTAL

5) DILORF 2mg 15

DESTINO DO PACIENTE

6) ANTIEMÉTICO 8mg 16

APT*

ENFERMARIA

7 17

UTI

RESIDÊNCIA

8 18

OUTROS

SALA CIRURGIA

9 19

RESERVAÇÕES IMPORTANTES

10 20

Pt sedado, monitorado, Despropol + entoraxina, volume de punção 10ml L3-L4, AGULHA QUINCKE 26G, LCR(+) e limpa. Injeção de (1)+(2), e nível em T8.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

Pâmela Valysa Pacheco Lima
Medica
CRM-PB 71357 CRM-PA 81771

ASSINATURA DO ANESTESISTA





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorsal sobre
bancalhão
- Cirúrgico + Anestesiologista
- Aplicação de Campos Cirúrgicos

Incisão:

Achados:

① Fratura Patelar (V) + Fratura Diáfise
Femur (V).

Conduta:

① Passagem de Fio de Kirschberg 4.5, em
Femur, e passagem de archedal para
bancalhão após redução do deslocamento de
patela e transpor bem posterior 2,5 cm
superior ao polo superior de patela.

Fechamento:

① Curativos estéreis

Observação:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

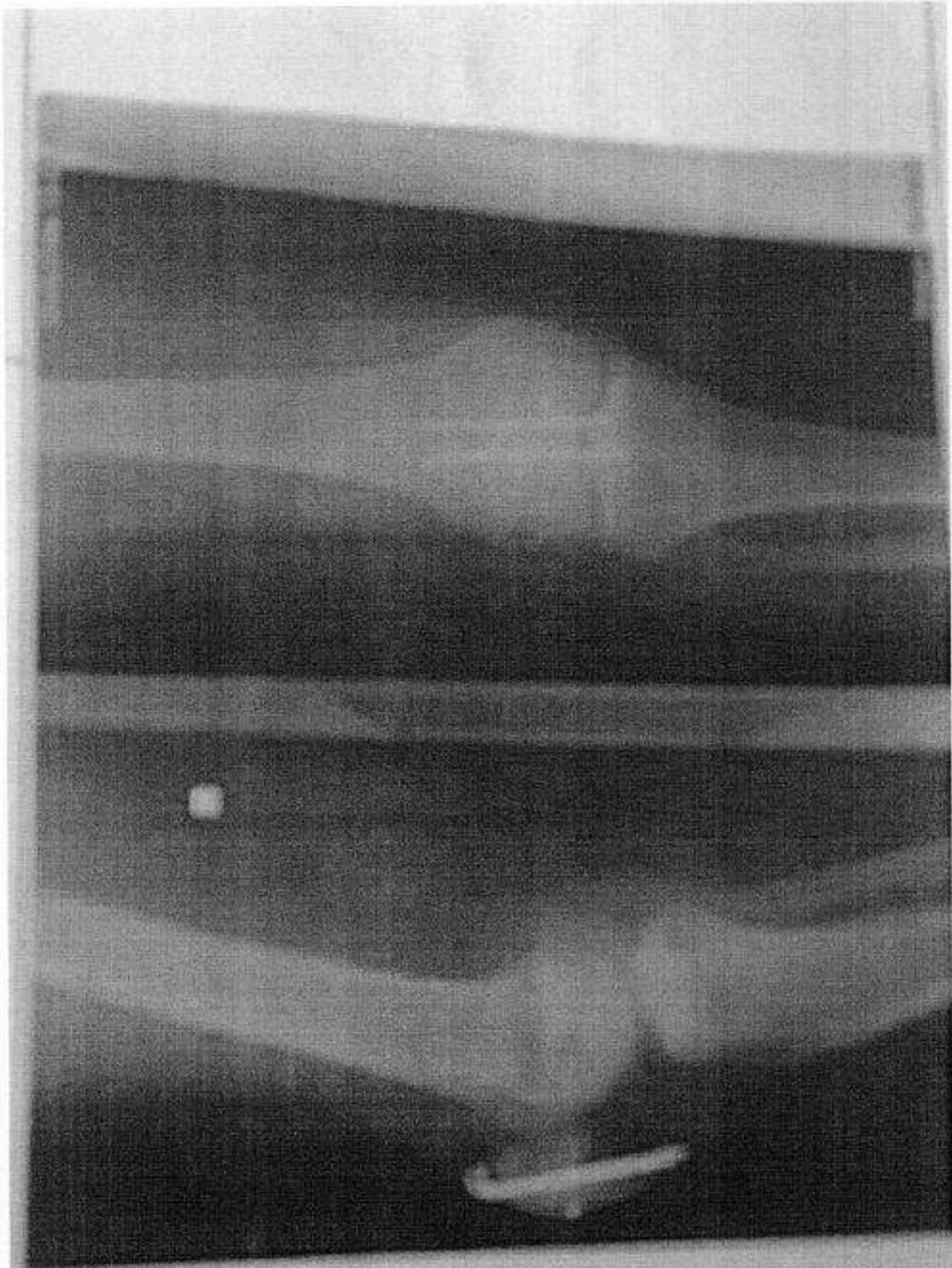
João Pessoa, 16/09/18

Médico/CRM:

Suelio Moreira Torres
CRM 12709

F(NG).ASCIR.009-1





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2017/09/25 09:00:17

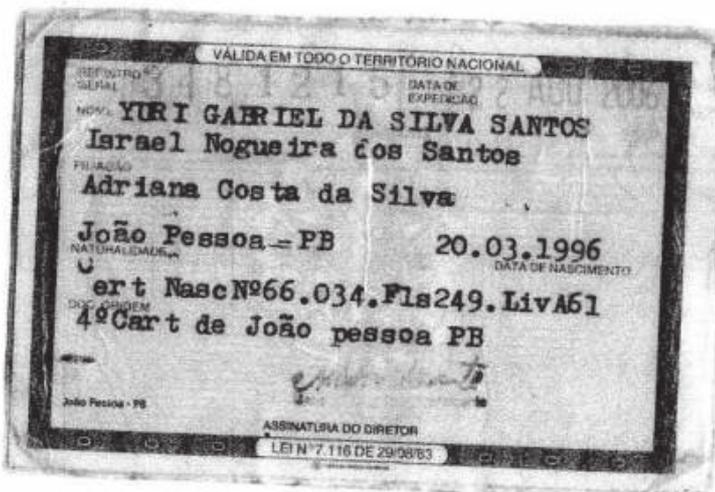
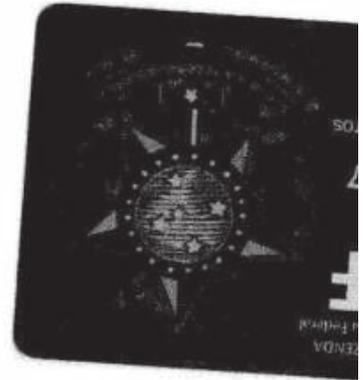
D

Image:2 Serie

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

H





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013928838643

VIA 1
DOD. RENAVAM 0110759305-8
EXERCICIO 2017

ADRIANA COSTA DA SILVA
NOME 00/00000000

05591364713
CPF / CNPJ

NOVO
PLACA ANT. / UF

QFV1626/PB
PLACA

9C2KD1000HR005029
CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
ESPÉCIE TIPO

GASOLINA
COMBUSTIVEL

HONDA/NXR 160 BROS
MARCA / MODELO

2016
ANO FAB.

2 P/162 /CI
CAP / POT / CIL

PARTIC
CATEGORIA

PRETA
COR PREDOMINANTE

00/00/0000
VENC. COTA ÚNICA

1º VENC / COTAS

FAIXA I.P.V.A.

0
PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

06/11/2017
DATA DE PAGAMENTO

A.F BV FINANCEIRA S.A.
OBSERVAÇÕES

SEGURO PAGO

41955
LOCAL

JOAO PESSOA - PB

20/12/2017
DATA

909670

41955

41955

41955

41955

41955

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

P Nº 013928838643 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1
05591364713
CPF / CNPJ

EXERCICIO 2017
DATA EMISSAO 20/12/2017

01107593058
RENAVAM

QFV1626/PB
PLACA

2016
ANO FAB.

HONDA/NXR 160 BROS
MARCA / MODELO

9C2KD1000HR005029
Nº CHASSI

FV (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$)

3
COTA ÚNICA

SEGURO

PAGO

PARCELADO

06/11/2017
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

909670-0948126-20171220

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AÇO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377600 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/04/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE DR LUIZ PORTELA NO DIA 13/09/18.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377600 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/04/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE DO DIA 13/09/18).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298573/18

Número do Sinistro: 3180377600

Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

CPF: 084.360.654-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/04/2017

Titular do CPF: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
CPF: 084.360.654-17

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08094124120208152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

